

TRAITEMENT
DES INTOXICATIONS AIGUES MÉDICAMENTEUSES
A RODEZ

MÉMOIRE DE THÈSE

présenté et soutenu publiquement en Janvier 1974
par

Jacques PELAIN

JURY

MM. L. LARENG	Président
J. LAPORTE	} Assesseurs
P. BESSOU	
C. VIRENQUE	
B. CATHALA	Suppléant



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546624_0045

TRAITEMENT
DES INTOXICATIONS AIGUES MÉDICAMENTEUSES
A RODEZ

MÉMOIRE DE THÈSE

présenté et soutenu publiquement en Janvier 1974

par

Jacques PELAIN

JURY

MM. L. LARENG	Président
J. LAPORTE	} Assesseurs
P. BESSOU	
C. VIRENQUE	
B. CATHALA	Suppléant

TRAITEMENT DES INTOXICATIONS AIGUES MÉDICAMENTEUSES A RODEZ

MÉMOIRE DE THÈSE

présenté et soutenu publiquement en janvier 1974



JACQUES PELAIN

JURY

Président	MM. J. LARINO
Assesseurs	J. LAPORTE
	R. BISSOU
	C. VIRENQUE
Suppléant	R. CATHALA

Depuis que la progression de la médecine et en particulier de la réanimation permettent des ressuscitations de plus en plus prodigieuses, le traitement des intoxications aiguës médicamenteuses s'est trouvé très modifié, gagnant en efficacité au contact de ces méthodes nouvelles.

Ainsi, nombre de ces morts imméritées, tribu payé par la médecine à son perfectionnement, son amélioration permanente, si irritantes pour quantité de médecins ont disparu ceci grâce à une évolution technique mais aussi à l'apparition de nouvelles structures de lutte et à la meilleure compréhension d'une notion : l'urgence.

En avril 1973, Monsieur le Professeur C. VIRENQUE a bien voulu nous confier un travail à effectuer conjointement avec mon ami F. CHARLES sur le traitement des intoxications aiguës médicamenteuses à RODEZ où nous étions stagiaires. Au départ, nous avions envisagé une étude très théorique des prises médicamenteuses abusives en Aveyron, qui devait aboutir à un schéma thérapeutique idéal, mais il nous a semblé que, vu sous cet angle, le sujet n'était pas personnalisé et pouvait être traité de la même manière dans n'importe quelle ville de France. Dès lors, le caractère original c'est-à-dire le lieu, RODEZ, où se produisent ces intoxications médicamenteuses devint prédominant.

Notre second souci fut de ne point débiter, dépecer artificiellement ce sujet; nous avons préféré l'aborder ensemble, mais selon nos optiques personnelles; cela nous a permis :

de compulser de nombreux dossiers d'intoxications non toujours médicamenteuses d'ailleurs, environ 250 remontant jusqu'en 1952,

de contacter lors de réunions médicales les praticiens locaux et d'aborder d'une manière plus vivante le problème des absorptions médicamenteuses excessives, d'autant plus que M. le Professeur L. LARENG est venu effectuer en cours d'année un enseignement post universitaire à RODEZ traitant ce sujet et qu'en fin de conférence, une discussion très instructive pour nous s'est installée

de nous trouver pendant toute la durée de notre stage interné confrontés à ces problèmes d'intoxications, ce qui nous a permis d'analyser, d'étudier "sur le tas" les méthodes thérapeutiques qui furent appliquées à ces patients.

Au rôle de "théoricien" que nous avions tout d'abord envisagé s'est substitué celui plus modeste d'observateur d'un fait existant, et de l'influence sur celui-ci de données géographiques, sociologiques, sanitaires, de facteurs économiques, humains, voire psychologiques.

Ainsi, trois grands chapitres se sont imposés, les deux premiers représentant les vues de chacun d'entre nous

sur le problème envisagé, le troisième nommé bilan et perspectives, travail commun, compilation de nos constatations, tentative d'ouverture sur l'avenir. Nous avons tenu à préciser que cette thèse ne se présentait pas comme une étude exhaustive des intoxications aiguës médicamenteuses à RODEZ mais comme un ensemble de constatations, un simple point de référence, aucune étude de ce genre n'ayant été pratiquée sur un tel sujet à notre connaissance.

Comme il le décrit de manière plus précise dans son mémoire, mon camarade F. CHARLES, après avoir compulsé les I4I dossiers que nous avons retenus, s'est attaché à décrire de la manière la plus stricte possible les traitements appliqués au C.H. de RODEZ (il faut noter que les observations vraiment utiles ne remontent qu'à 1968), à envisager les modifications dans les techniques de soins ces dernières années, à montrer l'évolution dans la conduite à tenir en fonction du remodelage des structures hospitalières. Je me plais à reconnaître que son esprit synthétique et son opiniâtreté nous ont permis de retrouver dans les cahiers de surveillance souvent touffus et imperméables au non initié force détails très appréciables.

Personnellement, j'ai abordé le problème sur un plan beaucoup moins humain que lui; où il envisageait un malade reçu à l'hôpital, traité, surveillé puis rendu à une réalité quotidienne souvent agressive pour le patient fragilisé, je n'ai vu qu'une population d'intoxiqués médicamenteux, je n'ai recherché par des statistiques qu'à mettre en évidence la

fréquence de tel médicament, les variations des nombres d'intoxications au cours de l'année, en fonction de l'âge et du sexe.

En résumé, après un court historique de l'apparition des médicaments puis des intoxiqués et une présentation du contexte ruthénois, j'ai essayé de produire une définition des intoxications aiguës médicamenteuses qui nous satisfasse plus que "L'introduction dans l'organisme d'un poison" de Mr LAROUSSE, en envisageant les différents types : suicide et tentative, intoxication accidentelle prédominante chez l'enfant et, pour mémoire nous l'espérons, la tentative criminelle.

De 1968 à 1973, 141 personnes ont été hospitalisées au C.H. :

dont 78 en service de médecine en 5 ans et
9 mois

59 en service de Réanimation en 1 an
et 10 mois (ouvert en novembre 1971)

4 en service de pédiatrie

Ces chiffres ont permis d'affirmer qu'il y avait des intoxications aiguës médicamenteuses à RODEZ et d'effectuer une enquête épidémiologique, aussi bien au niveau de l'intoxiqué que du toxique. Si au point de vue âge (maximum de 15 à 30 ans), sexe (2 fois plus de femmes jeunes que d'hommes) et mois de la tentative (recrudescence en avril,

mai et novembre) les constatations chiffrées différaient peu des chiffres nationaux, il faut noter que l'absorption abusive de barbituriques n'est pas la plus fréquente à RODEZ, le relais étant pris par les tranquillisants, que les associations, les cocktails médicamenteux sont de plus en plus fréquents, enfin, qu'apparaissent les ingestions dans un but d'autolyse de produits autres que neurotropes (en particulier cardiotropes).

Dans le deuxième volet de mon travail, j'ai abordé l'évolution des structures médicales proposées pour lutter contre le fléau inquiétant et méconnu représenté par les intoxications médicamenteuses : elles viennent en deuxième place pour le nombre dans la classification des morts violentes.

Autrefois, la prépondérance du médecin ne faisait aucun doute, d'autant plus que dans ces régions peu urbanisées, il représentait le seul élément médical face à l'urgence. Le praticien devait avoir un rôle diagnostique mais aussi thérapeutique et ceci avec des moyens très limités : sirop d'ipéca ou apomorphine pour provoquer les vomissements et l'évacuation gastrique, panoplie d'antidotes actifs seulement si administrés de manière précoce, et non toujours disponibles, analeptiques variés pour tenter de préserver les fonctions vitales. En dernier lieu, une hospitalisation pouvait être envisagée en un service de médecine souvent surchargé qui recevait de manière indistincte toutes les entrées. L'intoxiqué se trouvait alors arbitrairement parqué entre un coma diabétique et un accident vasculaire, un pré-délirium et un cénestopathe, en fonction des péripéties du service qui ne

possédait ni le personnel ni le matériel adapté à toutes les thérapeutiques particulières.

Si en 1967-1968 s'amorce à RODEZ un tournant pour ce qui est de la densité des prises abusives de médicaments, 1971 représente une année capitale dans la conception nouvelle de l'agencement hospitalier :

d'une part du fait de la constitution d'un S.A.M.U. sous l'impulsion de nos maîtres toulousains, venant compléter le réseau des centres assurant la médicalisation des secours urgents dans la région Midi-Pyrénées.

Notre ami commun Patrick LABAT a effectué sur le S.A.M.U. à RODEZ un film très attrayant et nous sommes heureux d'avoir la possibilité de présenter nos travaux en même temps que lui et devant le même jury. Comme nous le signalons dans notre étude, sa tâche en tant que responsable du S.A.M.U. local tout au long de cette année ne fut pas facile; les conceptions et méthodes acquises à Toulouse sont envisagées par les protagonistes ruthénois en tant "qu'élément imposé" par le C.H.U. et, si le S.A.M.U. présente les imperfections liées à sa jeunesse, il en connaît aussi les enthousiasmes souvent entravés par ce contexte suspicieux.

d'autre part, en novembre 1971 est créé un service de Réanimation de 4 lits possédant une équipe médicale hautement spécialisée et un matériel très adapté. Ainsi, les grands malades peuvent recevoir des soins demandant une certaine habitude, une surveillance constante. Ces différentes particularités présentent un avantage évident pour le patient mais aussi pour le service de médecine local qui ne se trouve

pas envahi par des cas dépassant ses possibilités techniques et pour le C.H.U., ce service de surveillance intensive jouant un rôle de filtre à l'échelon aveyronnais et ne transférant vers les services très spécialisés que les malades gravissimes.

Les deux derniers échelons dans la lutte actuelle contre les intoxications, assez indissociables, sont le centre Anti-poison et le possible transfert secondaire. La gravité et la complexité croissantes de ces ingestions médicamenteuses étudiées font que, dans certains cas, un hôpital périphérique limité dans ses possibilités va pouvoir se trouver désarmé : il peut alors être fait appel à des compétences supérieures; c'est le centre Anti-poison dont le fonctionnement PERMANENT, QUALIFIE, IMMEDIAT, représente une sécurité non négligeable.

Les conseils donnés vont alors, soit permettre le traitement et la surveillance sur place, soit permettre la préparation du malade en vue d'un transfert secondaire vers le C.H.U. qui peut s'effectuer à bord d'un hélicoptère, moyen idéal mais non toujours disponible, d'une ambulance du S.A.M.U venue de Toulouse avec un anesthésiste à son bord, d'une ambulance locale, moyen encore peu employé mais qui, dans l'avenir, devrait être envisagé lorsque le sous-équipement de ces moyens de transports locaux ne tiendra plus de la caricature.

Je parlerai très peu de notre chapitre de conclusions qui reprend les principaux thèmes évoqués tout au long de nos lignes et aboutit, nous l'espérons, à une perspective intéressante. Nous avons remarqué que le nombre, la gravité, le

type des intoxications vus à Toulouse en 1967 correspondaient à peu de chose près à ceux enregistrés à RODEZ en 1973. Forts de ce fait, il nous semble qu'un optimisme béat n'est pas de mise et que, connaissant la progression permanente de ce chapitre de pathologie au C.H.U. de Purpan, il faudrait envisager déjà des modifications permettant de faire face aux nouvelles vagues d'intoxiqués en puissance. Un point noir à ce tableau : si les médecins anesthésiologistes du secteur réanimation sont chefs de service temps plein au C.H., il n'en est pas de même pour la quasi totalité des autres praticiens exerçant dans ces murs et toute évolution, modification, spécialisation apportée au C.H. égratigne la partie d'eux-mêmes si importante qui reste liée au secteur privé.

10.12.73
Jean

